

CÁMARA DE REPRESENTANTES
Secretaría

XLIX Legislatura

**DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

Nº 1617 de 2023

Carpeta Nº 3747 de 2023 | Comisión Especial de Población y Desarrollo

---

TRATAMIENTO INTEGRAL Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS IMPUTADAS POR DELITOS RELACIONADOS O NO AL MISMO

Se declara de interés general

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 9 de noviembre de 2023
(Sin corregir)

Presiden: Señor Representante Martín Sodano (Presidente) y señora Representante Cristina Lústemberg (Vicepresidente).

Miembros: Señores Representantes Fernanda Araújo, Cecilia Cairo, Claudia Hugo, Ana María Olivera Pessano y Carmen Tort y señores Representantes Álvaro Dastugue, Gabriel Gianoli, Felipe Schipani, Nicolás Viera Díaz y Álvaro Viviano.

Invitados: Por el Ministerio de Salud Pública, señora Ministra, doctora Karina Rando, acompañada por el señor Subsecretario, licenciado José Luis Satdjian y la doctora Lorena Quintana por el Programa de Salud Mental y Adicciones.
Por la Administración de los Servicios de Salud del Estado, señor Director de Salud Mental, doctor Eduardo Katz, acompañado por la señora Subdirectora, licenciada Jimena Piriz y el doctor Pablo Fielitz.

Secretaria: Señora Ma.Cristina Piuma Di Bello.

Prosecretaria: Señora Lourdes E. Zícari.

═══════II═══════

SEÑOR PRESIDENTE (Martín Sodano).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Muy buenos días a todos.

Se pasa a considerar el único punto que figura en el orden del día: "Tratamiento integral y rehabilitación de las personas con uso problemático de drogas imputadas por delitos relacionados o no al mismo. Se declara de interés general. (C/3747/2023. Rep. N° 921)".

Según la agenda que acordamos, a la hora 10 y 10 recibiremos una delegación del Ministerio de Salud Pública.

(Ingresan a sala autoridades del Ministerio de Salud Pública)

——La Comisión tiene mucho gusto en dar la bienvenida a la delegación del Ministerio de Salud Pública, integrada por a la señora ministra de Salud Pública, doctora. Karina Rando; acompañada por el subsecretario, licenciado José Luis Satdjian, y de la doctora Lorena Quintana, por los programas de Salud Mental y Adicciones.

Esta Comisión está discutiendo un proyecto sobre "Tratamiento integral y rehabilitación de las personas con uso problemático de drogas imputadas por delitos relacionados o no al mismo".

En tal sentido, damos la palabra a la delegación.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Muchas gracias.

Buenos días. Es un placer estar acá de nuevo, en la Comisión Especial de Población y Desarrollo.

Trataremos de evacuar todas las dudas y estamos a las órdenes para responder posteriores preguntas.

Primero que nada, queremos expresar que el ánimo de este proyecto de ley, y también sus objetivos, son compartidos por el Ministerio de Salud Pública. Pensamos que sus principales lineamientos son positivos y podrían ser de utilidad para el tratamiento de este problema, que es un flagelo de la sociedad que tenemos la obligación de abordar.

En los grandes lineamientos de la iniciativa estamos de acuerdo; hay algunas puntualizaciones específicas que en principio pediré a la doctora Lorena Quintana -directora del programa Salud Adolescente del Ministerio de Salud Pública- que haga algunas consideraciones particulares.

Posteriormente, el subsecretario, licenciado José Luis Satdjian, hará otras consideraciones genéricas de este proyecto de ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la doctora Quintana.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- Muchas gracias.

Nosotros ya estuvimos con la delegación del Ministerio de Salud Pública en esta Comisión para opinar sobre el proyecto, y entendemos que mucho de lo que se habló fue tenido en cuenta y considerado en este nuevo proyecto que se redactó. Solamente, como está en el informe que les entregamos, entendemos que se puede rever la formación, la estructura y la tarea que tendría el Consejo, el Conaad (Consejo Nacional Asesor en Adicciones).

Como directores de programas del Ministerio integramos varias comisiones y no tenemos la posibilidad de hacer la parte técnica que se pide, en este caso, a la comisión

que debería tener una estructura, un equipo técnico capaz de hacer esta evaluación, más allá de los integrantes de la comisión referentes de las diferentes instituciones que forman parte. Entendemos que se podría rever eso en cuanto a la estructura y acciones de ese Consejo.

La sociedad civil que trabaja en adicciones es muy diversa. Tenemos Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, que trabajan como en formato de día, policlínico desde la Salud -por decirlo de alguna forma-, sin embargo, tenemos otros más residenciales, como, por ejemplo, Beraca, Betania, Emanuel, y tantos otros. También tenemos algunos como el Achique Casavalle, que son más de día. Se trata de diferentes miradas del tema y entendemos que todos pueden formar parte. Quizás, en vez de un solo lugar para toda la organización de la sociedad civil habría que tener en cuenta esta modalidad que brinda la sociedad civil y dar un cupo por modalidad, por decir de alguna forma.

Respecto a lo que cambió del proyecto esos son los dos puntos que se podrían rever: la estructura de ese Consejo y cómo está formado.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Esto es lo que queríamos señalar en cuanto al análisis. Recordamos que el Ministerio de Salud Pública ya se había pronunciado respecto a esto.

Queremos reafirmar lo que dice la doctora Quintana: vemos dos principales limitaciones u oportunidades de mejora. Podemos llamarle de cualquiera de las dos formas. Una de ellas es que este programa necesitaría una gobernanza un poco más específica; el Consejo no es suficiente. Debería haber recursos como para contratar personal que se encargue de la organización, la administración, la parte técnica, de esto que podría empezar como un proyecto piloto, pero que si se concreta para toda la población -si bien no tenemos aquí el número exacto de personas a las que daría alcance-, abarcaría a una cifra importante. Por lo tanto, no descartamos que sea una gran carga de trabajo para quienes se encarguen de este proyecto.

O sea que uno de los puntos es que no vemos clara la forma de financiación de los cupos, dado que nos encontramos en un período en el cual no visualizamos exactamente de qué forma y quién se encargará de financiar los diferentes cupos a nivel público o privado.

Sabemos que ASSE tendría una propuesta como para internar o dar una solución alternativa a las personas adictas que estén comprendidas en esta norma. Vemos que hay otras opciones como los sitios privados y las casas de rehabilitación privadas. Todavía no visualizamos la financiación. Capaz que nos pueden ayudar en eso.

Otro punto sobre el que tenemos duda -no queremos ser totalmente absolutistas con esto- es si la Junta Nacional de Drogas no sería la entidad principal como para encargarse de la gobernanza de este proyecto. Esto no quiere decir que el MSP no participe; por supuesto que debe hacerlo.

Estas son fundamentalmente las consideraciones que tenemos.

Quedamos a las órdenes para responder las preguntas que quieran hacernos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si nadie hace uso de la palabra, pido a la diputada Cristina Lustemberg que, por favor, ocupe la Presidencia.

SEÑORA REPRESENTANTE OLIVERA PESSANO (Ana).- ¿Me permite?

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la diputada Ana Olivera.

SEÑORA REPRESENTANTE OLIVERA PESSANO (Ana).- Mientras cambia la Presidencia, voy a hacer un comentario.

Cuando compareció el Ministerio, escuché atentamente y en la persona de la ministra es la segunda vez que oigo -o sea, lo escuché la vez anterior y ahora- que debería ser un plan piloto. ¿Es así como lo visualiza?

Gracias.

(Ocupa la Presidencia la señora representante Cristina Lustemberg)

SEÑORA PRESIDENTA (Cristina Lustemberg).- Tiene la palabra la señora ministra.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Sí; dado la envergadura y la novedad, ya que es un proyecto realmente nuevo en nuestro país. Siempre es más prudente comenzar con un plan piloto en determinada población, ya sea definida de forma geográfica o definida por las características. Plantearlo como plan piloto nos permite ver las dificultades, qué cosas hay para mejorar, y a medida que se vaya escalando se pueden ir incorporando esas mejoras. Nos parece que eso es más fácil.

A veces, ese camino que parece un poco más largo, termina siendo más corto porque cuando se implanta globalmente ya se implanta con las mejoras que se ve que hay que hacer en los planes piloto. Esa es la opinión del Ministerio, humildemente.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tiene la palabra la doctora Quintana.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- Estuvimos trabajando en la posibilidad de crear un plan piloto con estas características en la población de Inisa que cumplía con los requisitos para avanzar en esto. Lo que se hizo fue escribir el piloto, entre el Ministerio de Salud Pública e Inisa, pero no se ha logrado iniciar. Obviamente, se está estudiando a nivel legal y se está a la espera.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tiene la palabra, primero, el diputado Nicolás Viera y, luego, el diputado Sodano.

SEÑOR REPRESENTANTE VIERA DÍAZ (Nicolás).- Quería sumarme a la pregunta que hizo la diputada Olivera, que ya fue respondida, pero ahora me quedé con la intriga respecto al problema legal que mencionó la doctora. Quisiera saber si es un problema de instrumentación o es un problema de marco legal en lo que nosotros, desde el Parlamento, podamos ayudar para resolver esa dificultad. Si es así, sería bueno conocer el problema y saber si el Ministerio está trabajando para acercar una iniciativa al Parlamento, o si requiere de un trabajo de las comisiones parlamentarias para resolverlo.

Gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tiene la palabra la doctora Quintana.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- Como ustedes saben, en Inisa existen las medidas alternativas, pero este proyecto no sería para las medidas alternativas; sería para ofrecer un tratamiento en lugar de la penitenciaría. Se necesita una ley como esta, más allá de todo lo del Consejo y demás, para poder implementarlo en un lugar como Inisa, ya que habría muchas facilidades para hacer la prueba allí.

Quizá, para colaborar con ustedes, podemos acercarles el piloto que escribimos, que ya tiene toda la revisión legal de los abogados del Inisa.

SEÑORA PRESIDENTA.- Gracias. Hágalo llegar a la Comisión a través de la Secretaría, que nos facilita el acceso a todos los integrantes de la Comisión.

Tiene la palabra el diputado Sodano.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).- Muchas gracias.

Primero que nada, las modificaciones y planteamientos que se hicieron en la primera visita sobre esta discusión desde el Ministerio y demás delegaciones del Estado fueron todas de recibo y se trató de implementarlas en la redacción del texto presentado anteriormente. Por eso, se cambió totalmente el proyecto. Se archivó uno y se cargó de nuevo un proyecto. Creo que ahí recogimos todas las voluntades. Al ver la cantidad de asociaciones civiles que pueden estar representadas, nos parece que es lo lógico; además, son quienes hoy, para mí en lo personal, tienen más, no digo conocimiento en la materia, pero sí experiencia en territorio, en trabajar con las personas; son los que tienen mayor cantidad de alcance a la hora de trabajar con personas con problemas de consumo. Creo que eso se tiene que valorar de manera particular. Me parece que son de recibo las consideraciones que nos hizo llegar el Ministerio para poder aplicar a la redacción presentada.

El problema que tengo, en lo personal -lo digo medio partidario también-, tiene que ver con el primer punto que mencionó la ministra respecto a si la gobernanza del Conaad, o de este proyecto, no debería estar en la Junta Nacional de Drogas. Voy a pedir a la Secretaría de la Comisión que haga llegar al Ministerio de Salud Pública la versión taquigráfica de cuando vino el doctor Daniel Radío; está totalmente a años luz de un proyecto de estos. La naturaleza de quien hoy está dirigiendo la Junta Nacional de Drogas no va de la mano con la rehabilitación de la persona con uso problemático de drogas. Esa es mi lectura, y creo que está reflejado en la versión taquigráfica. No ve esto como viable, sino otras herramientas que existen, etcétera, pero se nota que no ve el problema que, quizá, veo yo -o tengo otra sensibilidad para verlo- con la población que hay tanto dentro del sistema penitenciario como con personas que están juzgadas por la ley y tienen uso problemático de sustancias.

Vemos números abismalmente lejanos. Por ese lado no veo que sea. Es como mezclar el agua y el aceite; no se van a mezclar nunca: van a quedar globitos, pero luego se van a separar nuevamente. Nos va a suceder eso.

En cuanto al financiamiento de los cupos, quiero decir que el espíritu del proyecto cuando se empezó a poner en discusión -que si mal no recuerdo fue en el año2020- era generar una discusión previa para que luego este proyecto pudiera ingresar en una rendición de cuentas, pero el sistema político no llegó a eso. En ese sentido, siento culpa porque también soy responsable de que hayamos discutido para poder meterlo, porque este proyecto no es para que entre por la ventana en una rendición de cuentas. Este proyecto necesita esta discusión: que las autoridades vengan, que planteen, que se modifique, que vuelvan a replantear, que haya discrepancias con otros actores. Tenemos que construir un consenso porque es para hacer una política de Estado, una política nacional. No es un proyecto partidario; es una política de Estado.

La idea era generar una discusión para después, ya acortado el camino, poder presentar una redacción en una rendición de cuentas en la que se podría poner una partida presupuestal para cubrir las necesidades que surgen. A la altura que vamos de la legislatura, ya no es viable eso. Hoy la realidad es que no es viable.

Personalmente, veo que como este proyecto no tiene presupuesto -no se le puede poner un presupuesto por un tema constitucional-, simplemente, será una hoja más archivada en una carpeta de cambio de legislatura. No podemos ponerle un presupuesto; tenemos que buscarle la forma de que quede amortiguado por los presupuestos que ya tienen hoy el Ministerio, ASSE, Junta, y demás, porque no podemos incrementar el gasto. Hoy no tenemos esa herramienta. Se nos fue el tren.

Este es uno de los aspectos que me da lástima porque, realmente, necesita un presupuesto. Es de lógica que lo necesita; por más que de cada ministerio saquemos un

poquitito, una cosita, como a rasgos generales se trató de construir, la realidad es que necesita presupuesto para después poder ejecutar. El lugar necesita presupuesto porque se precisa mantenimiento, se necesita todo. No está cubierto en la redacción ni de cerca. La idea era que fuera -como dije anteriormente- por rendición de cuentas; que por la ley sobre salud mental las colonias que se tienen que liberar se pudieran utilizar, que los funcionarios especializados o muy cercanos al tema salud mental, que son aproximadamente novecientos y están dentro de las colonias -así me lo hicieron saber las autoridades de ASSE en su momento- pudieran quedar ahí trabajando con este tipo de programa. Entonces, había como hacer para canalizar los recursos, que podrían ser parte de la viabilidad. Habría que mandar este proyecto con la ley sobre salud mental o buscar la forma. Quizás, ahí Jurídica del Ministerio podría darnos alguna mano.

Con respecto al plan piloto, debo decir que me lo hicieron llegar en primera instancia. Me enorgulleció muchísimo saber que se estaba considerando la estructura del proyecto para hacer este plan piloto con Inisa. Realmente, estaba deseando que se pudiera demostrar que las medidas alternativas, y este tipo de medidas, son lo que el país necesita. Tenemos que cambiar un poco esa filosofía de que todo tiene que estar encerrado y castigado cuando hay problemas de salud mental a través de adicciones. Estados Unidos lo demostró con la reforma que hizo en Texas, con la que hizo en otros Estados, con como bajaron no solamente las penas, sino también la reincidencia, con como ha evolucionado, los millones que ha ahorrado con el sistema penitenciario y como salió de un colapso cuando tenía pena de muerte. Hoy en esos Estados la medida alternativa termina siendo la cárcel y no las medidas alternativas. Entonces, en nuestra realidad tratar de modificar ese esquema fue parte de esta idea porque cuando comenzamos con la construcción de esto -hay personas que lo saben- fuimos a reuniones en la Embajada de Estados Unidos, con personas referentes. Hemos tenido comunicación con las personas que trabajaron en la reforma de Estados Unidos para ver cómo trasladar ese sistema al nuestro, con las medidas alternativas. Y acá nosotros profundizamos en el problema interno. ¿Cuál era? La población privada de libertad con uso problemático de sustancias supera el 80 %. En cuanto a los que tienen penas por fuera y están en la órbita de la OSLA (Oficina de Supervisión de Libertad Asistida), quizás, hay un 50 % con medidas que tienen que ver también con problemas de adicciones.

Tenemos una población censada; solo en pasta base y cocaína, entre Montevideo y área metropolitana, se supera las veinte mil personas. Entonces, con estos números hay una puerta giratoria en el sistema penitenciario entre cárceles y situación de calle que ronda en catorce mil personas; controlado y censado por el Estado. Esa órbita, solo entre Montevideo y área metropolitana, no hablamos a nivel nacional, es algo a lo que tenemos que prestar sumo interés tanto desde el Ejecutivo como del Legislativo porque son nuestros ciudadanos y debemos cuidarlos, por más que haya errores y demás debemos corregir.

Celebro la pregunta que hizo el diputado Nicolás Viera. Estaría muy bueno ver cómo se puede hacer jurídicamente para que el plan piloto se pueda implementar en el Inisa. Creo que es la mejor manera de demostrar. Y vuelvo a insistir con la parte jurídica, con la parte presupuestal; ya se nos pasó el 27 de octubre y no se puede votar un peso más, con iniciativa de algún lado. Hay que ver si hay alguna forma de que dentro de los programas -como está celebrando también parte del programa que lleva adelante ASSE con salud mental que hay cosas que tienen que ver con este tipo de proyectos, que también están reflejadas en ese programa porque, gracias a Dios, pudieron tener el proyecto en la mano en tiempo y forma-, se pueda unificar y si es necesario que saquemos una ley unificando los recursos por ahí o no; si sería posible.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Solamente, por las dudas, quiero comentar a la ministra -no sé si lo vieron antes de venir acá- que en la sugerencia que hizo el diputado Sodano, el 12 de octubre, cuando desde Secretaría se reenvía la convocatoria, estaba adjunta la versión taquigráfica de la convocatoria al doctor Radío, como presidente de la Junta Nacional de Drogas y creo que del asesor González.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Si se me permite, voy a ceder la palabra un minuto al subsecretario Satdjian para responder una de las consideraciones que hizo el diputado Sodano, y después a la doctora Quintana.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD.- Muy buenos días para todos.

No quiero redundar en muchas de las cosas que la ministra ya comentó. Simplemente, a modo de sugerencia, o de comentario, comentamos la posibilidad de que el Consejo no dependiera de la Junta Nacional de Drogas porque se crea como desconcentrado; tampoco va a depender del Ministerio de Salud Pública, simplemente, va a ser el organismo al cual se comunicará o establecerá el mayor vínculo. Esto es desconcentrado, como existen otras comisiones que funcionan de la misma manera; no está alojado dentro de la organización.

Hablábamos, a modo de sugerencia, de la presidencia o la gobernanza en el ámbito de la Junta -más allá de la postura del secretario general de Drogas; acá podemos tener posturas personales, pero las institucionales están por encima de lo que refiere a los cometidos de cada institución-, porque el Ministerio de Salud Pública, luego de la reforma del sistema de salud del año 2007, no nos da un rol de prestador de salud, no tenemos un área de atención o un área de realización o de implementación de tratamientos y, como uno de los cometidos de la comisión es implementar un tratamiento integral de rehabilitación, nos parecía que se podría llegar a pensar esa implementación desde un organismo como la Junta Nacional, porque dentro de sus cometidos la Renadro (Red Nacional de Drogas) tiene políticas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación y de otro tipo de cuestiones, pero puede ser válido como está pensando. No son los únicos cometidos de la comisión. Simplemente, nos surgía esa inquietud, de modo que el Ministerio de Salud Pública no tiene ningún aspecto prestacional, ni de sistema de salud ni de cualquier otra patología. Entonces, en ese punto era el modo de comentario. Pero como también va a ser desconcentrado puede ser de cualquiera de los dos organismos.

Gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tiene la palabra la doctora Quintana.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- La base del proyecto es que a esa persona que está con un problema por el consumo de sustancia que ha cometido un delito, en vez de ir presa, que es lo que le corresponde, se le pueda ofrecer un tratamiento. Con eso que es la base no creo que haya nadie que pueda estar en contra. Si no ofrecemos un tratamiento a la persona que por el consumo de sustancia ha cometido un delito, es muy probable que haya nuevos delitos, posteriores a cumplir con la pena.

En el Inisa comenzamos a trabajar y no lo vemos como tan imposible; es posible crear un plan piloto, con la ayuda de ustedes, puesto que Inisa tiene los medios. También podemos colaborar desde la rectoría del Ministerio. Por supuesto que ASSE también debería ser parte y, quizá, sería un minipiloto para poder pensar en cómo esto después se extendería a toda la población carcelaria que lo requiere, no solo a los adolescentes. Si uno piensa que esa persona, que por el consumo de sustancias está cometiendo un delito, encima es un adolescente, ¡cuánto más debería ofrecérsele un tratamiento para

este problema en lugar de mandarlo a la penitenciaría! Creo que ninguno puede estar en contra de esto.

Hay una vía posible, que es implementarlo en el Inisa, ya que llegamos a ver que tenía el lugar físico para hacerlo, los recursos, o sea que es viable. Quedamos en enviarlo a Secretaría.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tiene la palabra el diputado Sodano.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO.- Muchísimas gracias.

Más que agradecido por las devoluciones de la delegación.

Hay algo que quiero compartir con el subsecretario. Más allá de las diferencias personales que todos podemos tener, está clarísimo que por encima de todo está la institucionalidad. Ahora, la institucionalidad siempre es regida por filosofías, y eso no se puede quitar. Por eso las gobernanzas se cambian cada cinco años de manera electoral. De esa manera las políticas públicas que se llevan adelante cambian los rumbos. Eso es parte de la realidad.

Hoy al presentar este proyecto y viendo ese tema, nosotros decimos que la gobernanza de este consejo será la policía fiscal, y quién mejor para eso que el Ministerio de Salud Pública. Un ejemplo es, como bien representa la doctora Quintana, lo que tiene que ver con programas de salud mental y adicciones. Es como una fiscalización para que después se ejecuten los programas que, quizás, otros actores, dentro de ese consejo, tendrán que refiscalizar o ser el contralor unos de los otros, y así poder evolucionar todos juntos a un programa que realmente cumpla con el cometido, que es llegar a los que tiene que llegar. Este es el espíritu, y quería aclararlo.

Más allá de quién podría llevar la gobernanza -y nuevamente explico por qué-, vuelvo a celebrar lo que acaba de decir la doctora Quintana sobre ese pequeño plan piloto. Creemos que es necesario, y digo "creemos" porque sé que es una preocupación de todos. Es una preocupación de todo el cuerpo legislativo; estoy más que convencido de que es así porque se ha demostrado, lo hemos discutido, lo hemos trabajado. Todos estamos preocupados por esto. Acá no hay banderas. Esta es una preocupación a nivel nacional y de todos los representantes. Entonces, celebrar un programa de estos será una alegría para todos y todos colaboraremos con el marco legislativo que le falte para implementarlo.

(Diálogos)

SEÑORA PRESIDENTA.- Tiene la palabra la señora ministra.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- En la convocatoria nos habían pedido un breve resumen del plan de adicciones del Ministerio de Salud Pública y trajimos una presentación que haría la doctora Quintana, pero no necesariamente la haremos si no es el objetivo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si todos estamos de acuerdo, la escuchamos.

(Apoyados)

——Es uno de los pedidos que hicimos en la nota del 12 de octubre. Si hay acuerdo, por más que tenemos un resumen, tengamos la presentación también.

¿Le parece, ministra?

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Sí, claro. Era nuestra idea, pero por supuesto dependemos de ustedes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tiene la palabra la doctora Quintana.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- A grandes rasgos, intentamos hacer un resumen para que sea entendible.

(Se acompaña la exposición con una presentación Power Point)

——Nos dividimos en lo que tiene que ver con adicciones y en lo que tiene que ver con salud mental.

En lo que tiene que ver con adicciones, tendremos acciones con relación a la prevención y al tratamiento de las adicciones.

Con relación a la prevención, hay tres grandes bloques. El primero de ellos es la implementación en todo el país del Programa Familias Fuertes. Este es un programa que a punta a prevenir el consumo de sustancias en adolescentes, a retardar la edad de inicio de los consumos y a evitar los pasajes a consumos problemáticos. Está en muchos países de América Latina y se han hecho grandes estudios científicos que han mostrado su impacto y sobre el que ya tenemos el primer estudio de evaluación que presentamos hace muy poquito en Presidencia de la República.

El segundo punto consiste en que vamos a probar en Uruguay el modelo islandés de prevención, que es un modelo que busca trabajar con el entorno de los adolescentes para que decidan no consumir. Tiene que ver con la comunidad, con las oportunidades educativas, recreativas, laborales que se trabajan en un lugar reducido; todavía no decidimos en qué departamento del país se probaría. Vamos a aplicar el modelo y ver las cifras para saber si en Uruguay también ocurre lo que está pasando. En este momento, en América Latina está en México, en Chile y en Argentina. En Catamarca, de Argentina, recién se inicia. En Chile están ampliando en este momento porque han tenido buenos resultados. Así que vamos a probar este modelo en Uruguay.

El tercer punto refiere a la formación de equipos departamentales de prevención con recursos humanos que van a estar en todos los departamentos del país, generándose las tareas de prevención acorde con la situación de cada uno de los departamentos, a modo de descentralizar y de tener una gestión territorial de lo que es la prevención de las adicciones.

En cuanto a tratamiento, hay cuatro bloques. Hay muchas opciones de tratamiento que puede ofrecer Uruguay: el que puede ofrecer ASSE; el que está dentro de la Renadro; el de las empresas privadas; el de los prestadores privados de salud; el de las casas asistidas -como denomina el Decreto N° 274-, que hay muchas, pero no tenemos una verdadera evaluación de la calidad y cobertura que puede brindarse en cada uno de estos lugares. ¿Cuál es la cobertura? ¿A cuántos se llega en cada lugar? Necesitamos esa evaluación de calidad y de cobertura para poder redirigir lo que ponemos en este tema en el tratamiento de las adicciones. Para esto vamos a lograr el Plan Colombo. Estamos haciendo los trámites para que sea una evaluación externa al país la que evalúe la calidad y cobertura en materia del tratamiento de las adicciones.

Con relación a las casas asistidas, hay estudios del Observatorio Uruguayo de Drogas, como, por ejemplo, el de ocho zonas, estudio que mostraba que las casas asistidas son elegidas por las personas que están en consumo, en situación de calle, en especial. No tienen que sacar fecha, no tiene que ir a sala de espera, no tienen que tener la cédula, pueden ir en situaciones no con la mejor higiene y, sin embargo, son recibidos. Entonces, son elegidas por estas personas, pero tenían como debilidad la falta de profesionalismo porque muchas veces son exadictos o adictos en rehabilitación que están ayudando a otros. Vamos a apuntar a esta debilidad, la falta de profesionalismo, y

ofreceremos los cursos de operador terapéutico; habrá cien becas anuales para la gente que trabaja en las casas asistidas brindando acompañamiento en este proceso de tratamiento de las personas con uso problemático de drogas.

En las prácticas de profesionales de la salud, en especial, psicólogos y psiquiatras, sabemos que hoy una persona va a su prestador de Salud -es el caso de prestadores privados-, lo atiende el psiquiatra, le da un pase a psicoterapia. Hay una lista de psicólogos que trabajan para el prestador. No sabemos cuál es la heterogeneidad que puede haber en ese tratamiento que ofrecen los psicólogos y por eso queremos hacer una capacitación que homogenice la práctica en psicoterapia para el tratamiento de las adicciones, en especial, en los prestadores del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud).

(Ocupa la Presidencia el señor representante Martín Sodano)

——Por último, en lo que tiene que ver con registros y datos, desde el Observatorio Uruguayo de Drogas existe lo que se llama "Tratamiento Registra", que es un sistema de registro para conocer cuántas personas, dónde, con qué características. Este sistema está solo en la Casa Abierta de Artigas, el Jagüel, las casas de la Renadro. No está en los prestadores de salud. Buscamos incorporar en el Sistema Nacional de Salud el sistema Tratamiento Registra para poder tener verdaderos datos de las personas que se acercan a pedir tratamiento.

A grandes rasgos, esta es la parte de adicciones del programa presentado por el Ministerio de Salud.

(Diálogos)

SEÑOR PRESIDENTE.- La diputada Carmen Tort ha solicitado la palabra para hacer una consulta sobre este tema.

Tiene la palabra.

SEÑORA REPRESENTANTE TORT GONZÁLEZ (Carmen).- Muchas gracias.

Como corresponde, me interesa saber cómo es el abordaje en lo departamental.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la doctora Quintana.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- ¿En prevención o en tratamiento?

SEÑORA REPRESENTANTE TORT GONZÁLEZ (Carmen).- Los dos, los planes del equipo departamental.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tenemos que evitar el diálogo.

Si la consulta de la legisladora se comprendió, damos la palabra a la doctora Lorena Quintana.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- Los equipos departamentales de prevención son recursos humanos que dependerán de las direcciones departamentales de salud, cuyo propósito será hacer un diagnóstico de la situación relacionada con el consumo de sustancias, con foco en adolescentes y jóvenes, pero relacionado con todo el consumo de sustancias del departamento para poder generar a medida las acciones de prevención.

Sabemos que para hacer prevención no nos sirve un eslogan, una canción; necesitamos un programa, un plan de prevención. Entonces, la intención es que estos equipos se capaciten en el currículum de prevención, que es una capacitación

internacional para poder generar diagnósticos locales y respuesta a medida en materia de prevención. Esos son los equipos de prevención.

Gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora ministra.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Vamos a seguir con el programa sobre salud mental. No teníamos muy claro si querían hablar solo de adicciones o de adicciones y salud mental.

SEÑOR PRESIDENTE.- Todo.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- En cuanto a las prestaciones de salud mental, recordamos que el Ministerio de Salud Pública ofrece diferentes modos de atención a los pacientes que requieren asistencia en salud mental en Modo 1, Modo 2, Modo 3, que difieren fundamentalmente en si es grupal -no voy a ir a los detalles porque están en la diapositiva, que después podemos dejar, o pueden consultarlo-, individual y en la característica del copago, o sea, si es más alto o si tiene un copago que no llega a $ 150.

Esta es la característica de la cobertura actual. Lo que se pretende es pasar al Modo 2 lo que antes estaba cubierto solo para pacientes hasta veinticinco años. Hoy en día se amplía hasta pacientes de treinta años porque notamos que el 50 % de los intentos de autoeliminación que hay en el país son por parte de pacientes menores de treinta años. Por lo tanto, quisimos aumentar la cobertura para poder dar a este grupo de pacientes la posibilidad de recibir psicoterapia asistida por parte de su prestador de salud.

A su vez, los intentos de autoeliminación en sí mejoran aún más su cobertura porque pasan de un Modo 2 a un Modo 3, que es el Modo por el que se disminuye el copago y, además, se aumenta el número de consultas que, en casos excepcionales y necesarios, puede llegar a ser de más de cien consultas brindadas por prestador de salud con un copago mínimo.

Por otro lado, se agrega algo que para nosotros es fundamental: el *ticket* cero, es decir, el costo cero para sertralina y fluoxetina, que son las dos drogas de primera línea -recibimos asesoramiento de especialistas en este tema- para el tratamiento de pacientes con depresión.

Vamos a pedir al subsecretario que comente, porque es el que ha estado más en eso, pero hemos hecho una consulta al sistema de registro de intentos de autoeliminación que se está desarrollando en el Ministerio de Salud Pública. Una de las causas por las cuales aquellos pacientes con intentos de autoeliminación no siguen la terapéutica es porque los copagos de psicoterapia son muy altos -por eso pasamos del Modo 2 al Modo 3, para disminuir los copagos- y la otra es porque el tratamiento con medicación antidepresiva implica un copago de medicación que no pueden asumir. Por lo tanto, las dos drogas de primera línea van a pasar a tener costo cero. Ya se discutió, se hizo el impacto presupuestal, se presentó a los prestadores de salud y ojalá tengamos la dicha de poder decir que inmediatamente que comience este programa, a principios del año, lo tendremos implementado.

El otro tema es la consulta psicológica como parte del control de salud adolescente, de quince a diecinueve años de edad. Se discutió si sería obligatoria o no. Será una consulta voluntaria, pero en el estudio que se hizo respecto a los suicidios en adolescentes -trabajo que se presentó en el Ministerio de Salud Pública y está a disposición de todos quienes lo quieran- se notó que una parte importante de los adolescentes que ha tenido algún tipo de contacto con el sistema de salud -de esas

autopsias e historias clínicas-, la mayoría de ellos por causas que no son problemas de salud mental, pero de alguna manera, han tenido el control de salud, por ejemplo, el control de adolescente como contacto con el sistema de salud en los últimos seis meses antes de realizar el intento de autoeliminación y, sin embargo, no se diagnosticó que tenían ese riesgo. Por eso la implementación del control de salud mental en adolescentes es muy importante como pesquisa para tratar de hacer prevención.

La doctora Quintana puede referirse a salud mental -lo tiene bien claro y lo puede exponer más brevemente que yo- y a las acciones que se harán en conjunto con educación, las acciones que se realizarán en cuanto a la educación de guardianes de la comunidad y las acciones en educación de personal de salud. Son tres áreas importantes en acciones de prevención y capacitación de salud mental.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la doctora Quintana.

SEÑORA QUINTANA (Lorena).- Esta parte del plan fue escrita en conjunto entre el Ministerio de Salud Pública y ANEP.

Esta parte del plan, que es la estrategia conjunta salud- educación, tiene tres grandes bloques.

El primer bloque es una oportunidad porque ANEP creó el programa de la salud. Trajo todos los profesionales de la Salud que estaban trabajando en diferentes repartidos de ANEP y formó la Comisión de Salud de ANEP. Entonces, brindaremos una capacitación a los profesionales de salud que trabajan en toda la educación a través de esta comisión de salud. Hace muy poquito hicimos el lanzamiento de este curso, "El riesgo suicida en adolescentes, prevención, abordaje y prevención", y se anotaron cinco mil personas. Es el curso no pago con más inscripciones que ha tenido el Ministerio de Salud Pública desde que tiene la plataforma.

El segundo bloque tiene que ver con lo que a nivel mundial se llama *gatekeeper*. Se trata de la formación de *gatekeepers*, o sea, de referentes emocionales de la educación; esto es: adscriptos, profesores de educación física, son esos referentes para los niños, adolescentes, jóvenes en la educación, o sea, personas que están atentas a crisis emocionales y que puedan ser parte de la red de respuesta a este problema, tanto de la salud como desde toda la comunidad.

El tercer bloque es el siguiente. Sabemos que funcionan y existen en muchos lugares del país acciones en prevención, en promoción de salud, de lo que tiene que ver con salud mental en trabajo conjunto entre educación y salud. Entonces, queremos propiciar esas buenas prácticas, visibilizarlas y contarlas para que en otros lugares del país también puedan llevarse adelante.

Estas son las tres acciones que planeamos en conjunto con Educación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora ministra.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Solicito al presidente que dé la palabra al señor subsecretario Satdjian, que nos va a hablar de dos temas importantes: el programa de seguimiento de intentos de autoeliminación y del ex Patronato del Psicópata, que ahora está redefinido como Comisión Honoraria de Salud Mental, y tiene nuevos cometidos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor subsecretario de Salud.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Gracias, ministra y presidente.

Con respecto a los intentos de autoeliminación y a los suicidios en nuestro país, vale la pena recordar que, lamentablemente, hace treinta años que la tendencia es al

aumento. Tuvieron un pico en el año 2002 y descendieron en 2003, pero la tendencia en los últimos treinta años es de aumento.

Desde el año 2021 -posterior a la pandemia- venimos elaborando acciones y planes concretos para la prevención y la atención de las personas que realizan intentos de autoeliminación, así como de los familiares supervivientes de personas que han decidido quitarse la vida.

En ese sentido, en el Área en Salud Mental, en conjunto con otras divisiones del Ministerio, establecimos una serie de acciones para realizar el seguimiento de los intentos de autoeliminación. Previamente a ese plan existía la Ficha de Registro Obligatorio (FRO), que era un formulario en papel en las puertas de emergencia de todos los prestadores del país. Lo que hicimos fue aplicar herramientas tecnológicas a la FRO y establecer un sistema operativo en cada puerta de emergencia mediante el cual los profesionales de la salud ingresan los datos de las personas que realizan intentos de autoeliminación. Vale la pena aclarar que cuando se realiza un intento, por lo general, la persona es trasladada a una puerta de emergencia por la gravedad del hecho. Entonces, de esa manera, el Ministerio tiene información en tiempo real sobre los intentos que se realizan en todos los puntos del país en un momento. Tenemos información sobre las personas, sobre los lugares y sobre distintos aspectos que son relevantes para poder tomar decisiones.

A modo informativo digo que eso se implementó en octubre de 2021. Hasta el momento, hemos detectado 3.649 intentos de autoeliminación, de los cuales el 70 % son de mujeres y el 30 %, de hombres. Eso se da a la inversa de la situación del suicidio en nuestro país ya que, por el método empleado, el intento se da en mayor medida en mujeres que en hombres.

Luego de tener la información -que nos llega en tiempo real-, hicimos un seguimiento de esas personas. En este punto, no innovamos en nada ya que desde 2018, por resolución del Ministerio de Salud Pública, se establece que la persona que realiza un intento de autoeliminación debe tener una asistencia psiquiátrica en no más de seis días de haber realizado el intento. Por lo tanto, estamos haciendo el seguimiento de que la persona tenga la asistencia que le corresponde por normativa. Lo que a veces sucedía anteriormente era que, cuando una persona hacía un intento, era trasladada a una puerta de emergencia que no era de su prestador. En consecuencia, el prestador al cual la persona estaba afiliada no tenía conocimiento de que esa persona había realizado un intento. Ahora, se avisa en el día al prestador del que la persona es socia, para que haga el seguimiento que corresponde.

El Ministerio realiza el seguimiento con la fuerza de rastreo que teníamos para el covid 19. Estamos haciendo el rastreo de los intentos de autoeliminación y el seguimiento de que tengan la atención correspondiente.

A veces, detectamos casos en los que no se da la atención correspondiente. Esto puede obedecer a varios motivos. Uno, es que la persona continúe internada después de seis días debido a la magnitud del intento de autoeliminación. Otro, es que la persona ya esté en tratamiento de manera particular o en su prestador, con lo cual ya está en seguimiento. Y otro motivo es que, por distintas razones, no se dé atención al sexto día, pero sí al séptimo o al octavo. Cuando, definitivamente, no se da la atención correspondiente, se crea un expediente y se pasa al área de fiscalización del Ministerio de Salud Pública. Debo decir que ya se han aplicado sanciones a los prestadores que no han realizado este seguimiento.

Por lo tanto, estamos prácticamente arriba de la situación para que la persona tenga la contención debida desde el prestador de asistencia.

Me gustaría dejar sentado en la versión taquigráfica que, cuando hablamos de suicidio y de intentos de autoeliminación, la línea de prevención de ASSE es el 0800 0767. Ya que las versiones taquigráficas a veces son recogidas por medios de prensa y por otros actores de la comunidad, nos parece importante dejar en claro que el teléfono de asistencia a todas las personas del país durante las veinticuatro horas es el 0800 0767.

Ahora me voy a referir al Centro Martínez Visca de la Comisión Honoraria de Apoyo a la Salud Mental. Anteriormente, se daba la particularidad de que el Patronato del Psicópata era financiado con fondos que provenían de un porcentaje de las contrataciones de ASSE en la Comisión de dicho Patronato. Eso ha venido descendiendo porque la cantidad de trabajadores de las colonias ha ido bajando, como ustedes saben, a raíz de la Ley de Salud Mental. Esto generó una situación de desfinanciamiento de la Comisión. Gracias a la inclusión y aprobación de algunos artículos en la reciente rendición de cuentas, se da sostenibilidad y sustentabilidad a la nueva Comisión, para que pueda llevar adelante las distintas propuestas.

El Centro Martínez Visca se dedica a la rehabilitación y tratamiento de personas con problemas de salud mental. Tiene buenos resultados; allí se realiza un buen trabajo. A partir de ahora va a poder incrementar esa atención. Atiende, particularmente, a pacientes de ASSE, y lo hace de acuerdo a las distintas derivaciones.

Entonces, se transformó una institución, que creíamos que tenía un nombre por demás estigmatizante y que había que mejorar, y se le da un presupuesto para la sostenibilidad hacia el futuro de las distintas acciones que lleva adelante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora ministra.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Por nuestra parte, la exposición está completa.

No sé si tienen alguna duda o alguna pregunta.

SEÑOR PRESIDENTE.- Abrimos la instancia de consultas por parte de los legisladores, ya que también se atendió el segundo punto planteado en la invitación que se cursó.

(Diálogos)

——Aclaro que tenemos el material que se hizo llegar a Secretaría y va a ser repartido a todos los miembros de la Comisión.

Por lo tanto, agradecemos la presencia de la señora ministra de Salud Pública, del señor subsecretario y de la doctora Lorena Quintana.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Muchas gracias a todos ustedes.

Siempre es un placer estar aquí.

(Se retiran de sala las autoridades del Ministerio de Salud Pública)

(Ingresa a sala una delegación de la Dirección de Salud Mental de ASSE)

SEÑOR PRESIDENTE.- Damos la bienvenida a una delegación de la Dirección de Salud Mental de ASSE, integrada por el director, doctor Eduardo Katz; la subdirectora, licenciada Jimena Píriz, y el doctor Pablo Fielitz.

En base a la citación, les damos la palabra, para que puedan desarrollar su presentación.

Tiene la palabra el doctor Eduardo Katz.

SEÑOR KATZ (Eduardo).- En primer lugar, agradecemos la convocatoria.

Todas las veces que se nos ha citado o que surge algún tipo de inquietud sobre proyectos de ley vinculados a mejorar la situación de las personas con problemas de adicción, en este caso, de personas privadas de libertad, realmente nos resulta muy gratificante que este tema esté en el radar político y que tengan este tipo de iniciativas.

Nosotros estuvimos leyendo atentamente el proyecto. Más allá de la voluntad y del objetivo, tenemos algunas dudas y algunos matices que queremos expresar.

Por ejemplo, no entendemos mucho cómo queda enmarcada la creación del Conaad, en tanto su integración es honoraria. La experiencia que tenemos es que muchos de esos organismos que son honorarios no tienen el estímulo necesario para que la función sea consecuente y mantener constantemente la fortaleza que se debe tener para llevarla adelante. Muchas veces nos ha pasado en otros organismos honorarios. Hay gente que es muy activista por cualquier tema -eso lo tengo muy claro- y hay otra que no; el tema está en la selección, y si lo dejamos librado a eso, a veces uno no puede ir y manda a otro en representación y demás, lo cual genera una serie de problemas.

Tampoco nos queda claro cómo se entienden las competencias de ese organismo en este proyecto.

A su vez, se plantea que no todas las personas privadas de libertad cuentan con el prestador de salud de ASSE. Poniendo esto en contexto, no sé si los presentes tienen claro cuál es la situación que se vive dentro del sistema carcelario.

El sistema carcelario es un sistema realmente complejo. Yo entré a trabajar en el año 1985 donde antes era el Penal de Punta Carretas y hoy es un *shopping*, y trabajé durante muchos años en las distintas cárceles del país; prácticamente -y sin "prácticamente"- las conozco todas, no solamente las del país, sino también las de la región y algunas de otras partes el mundo, y les puedo asegurar que la situación de las cárceles del Uruguay, por el gran incremento de la población carcelaria, es compleja. Entonces, a mi criterio, este tipo de temas requieren un abordaje un poquito más integral, no solamente del uso problemático de sustancias, sino de toda una serie de situaciones.

Nosotros estudiamos el proyecto de ley. Entendemos que algunos cometidos, de una forma u otra, se superponen con los cometidos de la Junta Nacional de Drogas. Entonces, no nos queda claro cómo se va a conciliar eso. No estamos ni de acuerdo ni en desacuerdo, es que no entendemos bien cómo se concilia la delimitación de los contenidos, porque a mi criterio -de esto me hago cargo-, cuando las responsabilidades son muy compartidas, terminan siendo responsabilidad de nadie. No me queda claro.

Tenemos claro que no todos los usuarios del INR son usuarios de ASSE.

Con respecto a la Secretaría Nacional de Drogas de Presidencia de la República, por ejemplo, está el asesoramiento en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación del uso problemático de sustancias en las personas privadas de libertad. En varios artículos se hace referencia a tratamientos específicos y asesoramiento por parte del Conaad, y entendemos que las indicaciones deben partir de equipos técnicos. Nosotros somos profesionales y en esta instancia trabajamos como técnicos, es decir, ejercemos la profesión. Entonces, entendemos que una indicación técnica, una indicación médica, tiene que provenir de un equipo multidisciplinario en el que haya un médico, un psicólogo,

un asistente social, licenciado en enfermería, en fin, lo que sea, pero que tenga que ver con el objeto en sí de lo que estamos hablando, y esto no aparece dentro del proyecto. Capaz que ustedes me lo pueden explicar de alguna manera; yo lo he leído varias veces y no logro todavía poder conciliarlo con lo que les estoy diciendo.

También consideramos que se deben tomar en cuenta los procesos de deshabituación y reinserción. Una persona con uso problemático de sustancias puede pasar por tres etapas, que son: la desintoxicación, la deshabituación y la reinserción. Se debe tomar en cuenta que los procesos de deshabituación y reinserción en materia del uso problemático de sustancias conllevan que en reiteradas ocasiones los usuarios cuenten con recaídas y, sobre todo en el marco de las personas privadas de libertad, se entiende que la adicción puede o no formar parte del circuito de consumo. Esto también es un tema que a mí me genera mis dudas porque nosotros tenemos personas privadas de libertad y tenemos que ponernos a pensar desde el antes, el durante y el después. Del antes acá no se habla nada, y realmente nos encontramos frente a una población en la cual los chicos tienen poca, nula o mínima percepción de riesgo para poder ingresar a probar lo que son sustancias psicoactivas. Cada vez entran más jóvenes, más chicos, más niños, y este proyecto no habla nada con respecto a eso. Ni que hablar que, después, para poder financiar su adicción muchas veces entran en el delito, o por lo menos en los casos a los que, según entiendo, el proyecto de ley hace referencia, y por eso terminan utilizando las instalaciones del INR. Me parece muy lógico querer abordar esta problemática, pero el tema es después, cuando la persona sale. O sea, no trabajamos en el antes, trabajamos en el durante, pero después, aunque parezca una redundancia, viene el después. Es decir que no veo integrado cómo se maneja la situación de cuando la persona tiene que volver a su contexto, donde todo el mundo se droga, donde todo el mundo usa sustancias psicoativas y donde no hay un abordaje. Entonces, realmente no me parece que, más allá de la voluntad, pueda dar solución al problema.

A su vez, en el artículo 12 se habla de peritos del Conaad y tampoco entiendo cómo se concilia eso cuando el peritaje es competencia del Instituto Técnico Forense del Poder Judicial.

Se plantea el listado de instituciones registradas en el Ministerio de Salud Pública y, posteriormente, la comunicación al Poder Judicial y a Fiscalía. Respecto a esto, queda inconcluso el rol de los prestadores de salud y los servicios que brindan en el marco de la atención a usuarios problemáticos de drogas, no solamente a nivel de la internación, sino a nivel del plan de prestaciones de salud mental existente en nuestro país. Es decir, volvemos a plantear el valor de la idoneidad técnica de los profesionales, que deben dirimir entre los tratamientos existentes ante la situación de la persona paciente.

En el artículo 14 no queda claro el vínculo en tanto el literal c) del artículo 7°, y a su vez no define en sí mismo la complementariedad de servicios entre el MSP y ASSE. Recuerden que ASSE es simplemente un prestador más de salud, como todos los prestadores; ASSE no tiene competencias por encima de otros prestadores de salud, no es un órgano rector.

Los plazos y los tratamientos de usuarios problemáticos de sustancias son variables y están a cargo de profesionales intervinientes y por eso, sumado a las competencias del Conaad, que fueron mencionadas con anterioridad, se entiende que no es un organismo honorario el que debe velar -ya lo dije- por realizar los diagnósticos clínicos propios de un equipo multidisciplinario, como lo plantea el artículo 5° de la Ley N° 19.529, de Salud Mental. Quiere decir que en ese caso también habría ciertos temas para afinar, rever o ver cómo se puede conciliar.

En cuanto al uso problemático de sustancias psicoativas, sí quiero hacer especial énfasis en lo siguiente. Yo no creo en la visión psiquiatricocéntrica de la salud mental y tampoco del uso problemático de sustancias psicoativas. Yo no creo que los trastornos de salud mental y, por ende, el uso problemático de sustancias psicoactivas sean un problema estrictamente sanitario. Yo soy un convencido de que es un problema sociosanitario y, como tal, debe ser tratado, pero no solamente por un psiquiatra como si fuera un todólogo o un individuo todopoderoso. Muchos así se lo creen, pero no es la realidad: es simplemente un profesional más, un servidor más, alguien que cumple una función de servicio. Todos los que estamos en un rol cumplimos una función de servicio, y el que pierda la óptica de que cumplimos una función de servicio y de que tenemos limitaciones, es decir, de que no podemos ir más allá de, cae en la omnipotencia que lo lleva a la incompetencia. Por ende, entiendo que este problema tiene que involucrar, porque hoy nos interpela como sociedad, a cada uno de nosotros y a todos en su conjunto.

Entonces, esto está planteado como un problema más sanitario que sociosanitario. Eso no desmerece lo anterior, simplemente es un aporte. Nosotros hemos tratado de hacer aportes a lo que hemos leído para ver cómo se lo puede reformular o para que se tengan en cuenta, si son de recibo, los aportes que podemos dar.

Dentro de lo que estamos viendo también hay otros temas. Por ejemplo, en este proyecto de ley se hace una enumeración de delitos por los cuales la persona puede acceder y una enumeración de delitos por los cuales queda excluida. Y yo me pregunto ¿las personas que quedan excluidas y tienen una adicción no tienen derecho a ese tratamiento? Son personas que están enfermas. A mí me tocó estar en la cárcel y atender homicidas. Con esta misma lógica yo tendría que decir: "No, este es un tema muy grave, es homicida, que se muera de una crisis asmática". Sin ir más lejos -lo voy a decir porque no tengo ningún problema en hacerlo; no suelo decirlo habitualmente, pero vamos a hablar con transparencia-, a mí me tocó asistir una crisis asmática grave del homicida de mi primo unos veinte años después del insuceso, y lo hice porque yo fui formado para asistir, es decir, para lo que todos los médicos deben hacer cuando un paciente se presenta frente a ellos, que es presentarse y decir: "Mucho gusto. Soy el doctor Mengano de Tal", y no decirle: "¿Qué te pasó?", sino preguntarle: "¿En qué le puedo ser de utilidad? ¿Cómo lo puedo ayudar?".

Entonces, como decía, a todos los otros los dejo afuera, no los ayudo. Realmente, en eso tengo un matiz. De pronto habría otras formas de abordarlos. Entiendo que existe peligrosidad, pero ¿quién evalúa la peligrosidad?

También entiendo que hay una mezcla entre lo jurídico y lo profesional, porque se habla de que el tratamiento no puede ser menor al tiempo de la pena o, de alguna manera, se mezclan los tiempos de lo que son las instancias terapéuticas con los tiempos de las penas que impone la justicia. Me parece que para la justicia está el juez y para los tratamientos están los profesionales de la salud; es decir, no se pueden medir de la misma manera, con la misma vara.

Entiendo que son plausibles este tipo de proyectos e iniciativas y por eso es que nos tomamos con mucha seriedad y con mucho esfuerzo el trabajo de leerlos. Como sabrán, estamos en una situación bastante compleja con todos los temas de salud mental y demás, con el plan de salud mental y adicciones, con todos los inconvenientes que surgen, porque se mueven temas que a veces tienen que ver con la salud mental y otras no, pero que de una forma u otra enturbian el panorama. Estamos trabajando veinticuatro horas los siete días de la semana, pero no dejamos de ver esto como algo interesante y que, de última, como es nuestra obligación, lo analizamos. En mi caso particular me toca

de cerca porque trabajé toda mi vida en cárceles, y si bien el comisionado parlamentario habló de un 80 % de personas que están privadas de libertad y que consumen, les diría que se quedó un poquito corto. En fin, hay que ver, porque muchas veces en los tratamientos se cambia una droga por otra, porque uno le "saca" la cocaína o la pasta base -digo "sacar" entre comillas porque todos sabemos que a las cárceles entran drogas-, y si alguno pide una medicación, uno le cambia la cocaína por la quetiapina; es decir, cambiamos una droga por otra, tampoco es una solución. Tampoco es una solución que una persona esté en una cárcel y tenga una hora de patio por mes. Esto viene desde hace décadas. Nosotros necesitamos que la gente se rehabilite no solamente de las adicciones, sino desde todo punto de vista. A la persona que está ahí debemos tratar de ayudarla y de rehabilitarla física y psíquicamente -es necesario hacer una psicoeducación; que adquiera hábitos laborales; en fin, una serie multifactorial de temas que no voy a enumerar porque me quedaría hasta las seis de la tarde de la semana que viene-, porque va a volver a la sociedad. Lo cierto es que eso va a tener un punto final para la persona, que es cuando termina la pena impuesta por el Juez. El problema es que puede volver peor de lo que entró -y va a ser nuestro vecino-, y regresará nuevamente al sistema carcelario.

Quiero decirles que cuando entré al sistema carcelario había unos pocos reclusos. Hoy, hay quince mil. No les voy a hablar del costo por recluso porque no tengo las cifras exactas, pero les diré que es bastante alto. Si multiplicamos el costo por recluso por quince mil, obtendremos cifras astronómicas.

Creo que esta problemática habría que abordarla en forma multiaxial. Sin desmerecer el proyecto, digo que esto tiene que venir acompañado de todo un tema de reforma carcelaria -de situaciones y condiciones-, porque con esto solo no va a funcionar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Ahora, es momento de que los legisladores hagan las consultas.

Solicito a la diputada Lustemberg que ocupe nuevamente la Presidencia de la Comisión.

(Ocupa la Presidencia la señora representante Cristina Lustemberg)

——Tiene la palabra el señor diputado Sodano.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).- Voy a ir de atrás hacia adelante en relación a lo expresado por el doctor Katz y el resto de representantes de la Dirección de Salud Mental de ASSE. Coincidimos con muchísimas de las cosas que han planteado y que han dicho en relación al proyecto.

Voy a empezar por lo último. Se habla del costo multiplicado por quince mil privados de libertad y se pregunta cuánto da. En realidad, yo lo hago al revés: tenemos un presupuesto y lo dividimos entre quince mil, quince mil quinientas, dieciséis mil o dieciséis quinientas personas, porque no está bien claro lo que ingresa al sistema carcelario. Sí sabemos que cada vez son más las personas privadas de libertad. Es decir que cada vez hay menos presupuesto por cada privado de libertad. Eso incluye higiene, alimento y demás.

En relación a lo que sucede cuando se cambia una droga por otra, también coincido con lo que decía el doctor. Hoy, eso es lo que pasa en el sistema penitenciario; todos los sabemos. Yo, por ejemplo, estoy en la Comisión para el Seguimiento de la Situación Carcelaria, y puedo decir que en las recorridas y las visitas que hacemos, lo vemos; por más que limpian todo antes de que lleguemos los legisladores, nos damos cuenta de cuál es la situación en la cárcel y vemos que eso es real.

También es real que la medicación que le dan a los privados de libertad, en vez de entregarla un médico o ASSE, la termina entregando un operador penitenciario o un oficial del sistema penitenciario: va con la bolsita y le da los medicamentos al privado de libertad. O sea que quienes cuidan son los que dan la medicación recetada; no la entrega un prestador de salud.

Con respecto a la redacción y las competencias o no del proyecto, uno de los últimos puntos valorados es cómo medir la pena o medir, en realidad, el tratamiento. ¿Qué sería lo ideal? Como es una medida alternativa por un delito cometido, lo primero que hacemos es ingresar a la parte del delito; es decir: por el delito el juez o el fiscal va a fijar una pena. Esa persona va a ir privada de libertad. Como esto se trata de generar una medida alternativa porque, como dice el doctor Katz, de la población que había en 1985 a la que hay hoy el número se ha incrementado varias veces por cien, la idea es buscar una solución con rehabilitación, para bajar la reincidencia y, por tanto, la población carcelaria. Eso también es parte del espíritu del proyecto.

Entonces, lo primero que va a tener que hacer esa persona es cumplir su pena.

Aquí hay un detalle que no es menor. Una persona con problemas de adicciones no puede ser intervenida sin su voluntad: no puede tener una atención involuntaria. En cambio, cuando una persona va privada de libertad lo hace involuntariamente, porque no quiere caer preso: por ejemplo, fue a robar, pero no quiere caer preso. Entonces, involuntariamente, esa persona termina tomando un deseo voluntario de ir a parar a un módulo o poner voluntad para salir del problema de adicción que tiene y que, supuestamente, fue lo que la llevó a cometer el delito.

Se habla -y eso también está escrito en el proyecto- de por qué con un homicida o un violador no pasa lo mismo. No es así; uno de ellos también puede ingresar al programa. El tema es que el proyecto divide el programa en dos. Una cosa son las medidas alternativas, que son para las penas menores a dos años, que tienen que ver con delitos menores cometidos. Otra -que también pueden ser de la misma, pero normalmente no son penitenciarias-, son las penas carcelarias, que son mayores a dos años, por la comisión de delitos mayores. Las penas de esos delitos son mayores a ese mínimo penitenciario.

Entonces, pueden ingresar después de cumplidos ciertos días. Para poder estudiar, trabajar o salir al patio deben demostrar que tienen buena conducta y buena disposición. Dentro del sistema penitenciario se lo tienen que demostrar al director de la cárcel. De lo contrario, no pueden trabajar ni pueden agarrar herramientas porque no se sabe si son conflictivos o no, si son violentos, si los llevan a un módulo u otro. Esa es la realidad que se vive dentro del sistema.

Por tanto, si la persona, pasados -como dice parte de la redacción- determinada cantidad de días, cumplió con su buena conducta, su buena disposición y el juez pide que entre al programa, ingresará a un programa paralelo dentro del sistema penitenciario, pero no como medida alternativa. Así que eso también está contemplado en el proyecto.

No sé si a ASSE le llegó la última versión del texto. El proyecto se modificó completamente después de la participación de ustedes. Se tomó en cuenta lo que dijeron todas las delegaciones, se modificó todo el proyecto, se descartó el anterior y se creó este nuevo.

Respecto a lo que es sanitario o sociosanitario vuelvo a lo que había dicho sobre el incremento de la población. Una realidad -que también demuestran los informes del Estado- es que hay una población que ronda entre catorce mil y catorce mil quinientas personas que están en una puerta giratoria: están en situación de calle o cárcel entre

Montevideo y el área metropolitana. Esto surge de los informes de la Junta Nacional de Drogas, del Comisionado Parlamentario y demás. Este es un problema social; no es solamente un problema sanitario. Ahí tenemos un problema social: esas personas están en situación de calle conviviendo con la sociedad que no tiene problema de consumo, cometiendo delitos en esa sociedad y entrando nuevamente al sistema penitenciario. En esa puerta giratoria hay unas catorce mil personas.

Fuera de las quince mil personas privadas de libertad que tenemos hoy -que están penadas-, existe otra cantidad de personas, que ronda las veinte mil, que está en la órbita de la OSLA. Ahí también hay una cantidad de personas -no la mayoría, pero podemos decir que, aproximadamente, el 50 %- que también tiene problemas con algún tipo de consumo o adicción.

Entonces, como bien decía el doctor Katz, esto supera mucho más del 80 %; ¡muchísimo más! En base a eso, surge la idea de cómo implementar este tipo de políticas.

Otro tema -lo mencionaba el doctor recién- son los recursos y qué pasa cuando multiplicamos o dividimos el presupuesto entre la población que hay. La realidad que tenemos hoy en el sistema penitenciario es que, por ley, ASSE debe ser el prestador de salud. ASSE no cumple con esa obligación que tiene por ley. ASSE no es el prestador de salud de todos los centros penitenciarios porque no tiene los recursos, no tiene presupuesto; no destina recursos a ese punto y no cumple con lo que establece la ley. Entonces, como Estado estamos infringiendo la normativa vigente que tenemos, que establece que ASSE será el prestador de salud dentro del sistema penitenciario. La realidad es que tenemos cárceles que están siendo atendidas por Sanidad Policial y no por ASSE.

Otro punto a tener en cuenta es el alcance de la atención en salud mental y de otros especialistas de ASSE dentro del sistema penitenciario. Lo cierto es que no tiene alcance. Tenemos denuncias en este sentido; algunas nos las ha hecho llegar el Comisionado Parlamentario. Por ejemplo, sabemos del caso de una persona con nueve años de prisión, que tenía una bolsa de ano contra natura, a la que no habían atendido por seis o siete años porque no conseguían especialista. Estamos hablando de un ano contra natura; no estamos hablando de un problema de adicción. No fue trasladado para que lo atendiera un especialista. Es decir que en esto no estamos cumpliendo con nuestra obligación como Estado.

Creo que el incumplimiento nuestro es grande. Al tener una debilidad tan grande, por la normativa vigente que nos obliga a prestar el servicio de atención dentro del sistema penitenciario, y por la sobrepoblación que tenemos, buscar una medida para descongestionar y poner centros de atenciones más específicos, coincide.

En cuanto a las penas, se pregunta por qué se separa tanto cuáles penas, sí y cuáles, no. Lo que sucede es que como esta es una medida alternativa, va de la mano -lo dice en la redacción- del Código del Proceso Penal y la oficina del liberado. Como entra en las mismas pautas de quiénes pueden ser los que accedan a una libertad a prueba, y esta sería una medida alternativa -que no tiene por qué ser una internación compulsiva; puede ser que la persona deba presentarse o pueden ser diferentes tipos de tratamientos, porque eso lo determinan los profesionales-, la idea es que tenga la misma herramienta jurídica. Es por eso que entra en el mismo artículo. Los que tienen penas con agravantes no pueden tener medidas primarias de esa índole; así lo establece nuestro Código del Proceso Penal. Por eso es que está acoplado en ese sentido: para que, por ejemplo, una persona que haya violado no diga que lo hizo porque es un adicto. No; si violó tiene que pagar la pena por violador. Dentro de esa pena, podrá tener -por buena

conducta y buen comportamiento dentro del sistema penitenciario y si su abogado lo pide- acceso al tratamiento dentro de la pena penitenciaria. La pena y el tratamiento no van de la mano. La pena va a ser pena y el tratamiento es algo que va a hacer la persona. Después del primer tratamiento por el problema de adicción, se podrá trabajar en la reinserción social, laboral, educativa y demás, que puede hacer el privado de libertad. Por ejemplo, alguien que tiene una pena de veintisiete años, no va a estar todo ese tiempo sin tratamiento de adicciones.

Entonces, creo que estas son cosas que se separan en el espíritu del proyecto.

Además, esto está incluido dentro de los cometidos en lo que es la creación del Conaad. El espíritu del Conaad va de la mano con la inquietud que planteaba el doctor Katz. Nos fijamos en todas las organizaciones del Estado que aparecen en ese Consejo. Las personas que lo integran no son honorarias porque son funcionarios públicos y cobran el sueldo que les corresponde, por ejemplo, en el Ministerio. Esa persona que tiene un cargo en el Ministerio o en un prestador como ASSE va a integrar ese Consejo, pero es una persona que presta servicios al Estado y cobra un sueldo del Estado. Es decir que no es honoraria, sino que es alguien que representa a uno de los organismos del Estado, a una parte institucional del Estado.

Tendrá tres integrantes. Hoy, el Ministerio de Salud Pública nos presentó algunas modificaciones y nos recomendó que tuviera tres miembros representantes de organizaciones civiles. En vez de uno, nos recomienda que sean tres; hoy nos dio las especificaciones de eso. Tiene razón en que hay una cantidad mucho mayor a la que tenemos en el Estado, y podríamos generar un conflicto. Creemos que podría ser de recibo que haya tres en vez de uno dentro de este Consejo Nacional Asesor.

Reitero que, en realidad, se trata de personas que representan a una institucionalidad pública, que cobran su salario por esa institucionalidad pública y que van a estar dentro del Consejo. Ese es el objetivo. La idea no es que sean honorarios. Es honorario el Consejo porque no tiene una partida presupuestal aparte. Si, por ejemplo, una persona de ASSE va al Conaad, no va a recibir $ 20.000 más. No. Pongo un ejemplo. La subdirectora, aparte de ser subdirectora, va a ir a participar en el Conaad. Entonces, ¿a la subdirectora por ir a participar en el Conaad le damos una partida presupuestal de $ 20.000 más? No. Es la subdirectora de Salud Mental y está como referente en el Conaad. Puse un ejemplo superfluo para que quede claro el concepto.

(Ingresa a sala el señor representante Felipe Schipani)

——Agradezco sinceramente que se vean todos los puntos que puedan ser de discusión, las diferencias, y que podamos generar la discusión que esto amerita, porque creo que es algo que nos preocupa a todos, pero creo que está bueno también entender el alcance o la idea de distribución del proyecto entre la medida alternativa para quienes puedan estar por fuera del sistema carcelario y las personas que tienen que estar obligatoriamente dentro del sistema carcelario, cómo es el alcance para los dos tipos de poblaciones con delitos diferentes cometidos y cuál es el espíritu del Consejo. Si no me equivoco, en la exposición de motivos del proyecto también se especifica la parte de las debilidades del Estado y los objetivos que tiene en sí el mismo.

Gracias, señora presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tiene la palabra el doctor Katz.

SEÑOR KATZ (Eduardo).- Después de escuchar al diputado, recordé algunos temas que de pronto habían quedado por el camino, simplemente para aportar.

En cuanto a bajar la reincidencia, creo que si no se trabaja en territorio, con esto no se va a lograr.

Por otro lado, en una parte del proyecto de ley se habla de si la persona tiene la voluntad o no la tiene. Obviamente, cualquier persona a la que le den a elegir entre estar en el sistema carcelario o tener una medida alternativa, si esa medida alternativa es una comunidad terapéutica o algo similar, va a decir que sí; el 99,9 %, para no decir el 110 %, va a decir que sí. Quiere decir que la clientela está asegurada. En ese tema no tengo dudas.

Pero después dice que tiene que esperar ciento veinte días, para ver si tiene buena conducta. Para los que conocemos la cárcel por dentro, los ciento veinte días primarios que tiene la persona cuando entra son realmente muy tristes, contrariamente a lo que marca la ley. La Constitución de la República establece que una persona privada de libertad -a la que el fiscal acusó, el abogado defendió y el juez le impuso la medida, en el nuevo Código del Proceso Penal y en el anterior también- el único derecho que pierde o, por lo menos, el principal es a deambular libremente, no los demás derechos; sin embargo, entra en un primer ciclo de ciento veinte días que es una tragedia para la persona. Yo los veo. Acá bien se planteó que ASSE tiene por ley la obligación de la asistencia y que está incumpliendo, pero no se puede incumplir, porque es como si usted le pidiera a una persona que tiene una dificultad fonética que sea soprano o tenor. Bueno, ASSE tiene una dificultad económica y no tiene un presupuesto para hacerse cargo de todo esto. Entonces, esto se incumple porque muchas de las leyes que se votan se votan sin los presupuestos adecuados, y si una ley se vota sin los presupuestos adecuados, la ley termina en letra muerta porque no se puede cumplir. Entonces, esto no se puede hacer. Aún así, se hace el máximo esfuerzo en las cárceles donde se cumple. Para que ustedes tengan una idea, las cárceles tienen en este momento un solo psiquiatra. Tenían dos, uno está de licencia prejubilatoria, que es el doctor Caterino, y el único psiquiatra que queda soy yo, que los veo a todos por telemedicina. Son seis o siete establecimientos de reclusión en los que entro por Zoom y veo a los pacientes. ¿Los veo bien? ¿Los veo mal? Los veo lo mejor que puedo. ¿Me voy conforme? No, nunca me voy conforme, pero es lo que hay; aparte me ocupo de la Dirección de Salud Mental y de otras tantas cosas, como la vida familiar y demás, que algunos diez minutos por día quedan. Realmente es complejo.

Entonces, en esos ciento veinte días, que se vuelven una tragedia para el individuo que entra, hay que ver si tiene buena conducta o no. Yo creo que habría que entrar a revisar qué pasa con esos ciento veinte días cuando la persona ingresa.

Después está el tema de los psiquiatras. ¿Por qué no hay psiquiatras en este caso? Porque no se presentan a los llamados. ¿Por qué no se presentan a los llamados? Bueno, eso es algo que nosotros no lo entendemos mucho. La mayoría de los llamados son para funciones de alta dedicación, no tienen una remuneración baja. Para que ustedes tengan una idea, por cuarenta y ocho horas semanales estamos hablando de $ 326.000 nominales: en esta realidad y en este país, que venga alguno y me diga que es poco. Hablan de las condiciones de trabajo en el Vilardebó y en otros lados porque se ve que nunca trabajaron en una cárcel, pero la gente no se presenta porque de pronto les resulta más atractivo ir al Británico o a otros lados. ¿Y cómo los podemos obligar? No tenemos cómo. Por eso es que no hay psiquiatras, porque los llamados están y el presupuesto también.

Después, en cuanto a las destransitaciones -es decir, las personas destransitadas, que el diputado llamó "ano contra natura"-, eso ya fue solucionado.

Con respecto a los integrantes, que el diputado decía "Bueno, tomamos a una persona de tal unidad y la pasamos a tal otra". Eso es muy difícil porque tiene que ser gente que tenga una dedicación total, un 24/7 a algo, y tiene que dedicarse solo a ese algo, provenga del organismo que provenga. Pero si aparte tiene que estar en la función que estaba y tiene que estar parte del tiempo en esto, se convierte en una actividad parcial. Yo creo que esto tiene que ser dedicación total. Si no, no va a funcionar.

Es mi opinión.

SEÑORA PRESIDENTA.- Gracias, doctor Katz. Creo que fueron muy claras las apreciaciones desde el punto de vista técnico.

No sé si hay algún legislador que quiera hacer alguna precisión.

Tiene la palabra el señor diputado Sodano.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).- Muy cortito.

La verdad es que ha sido más que claro el doctor Katz y más en lo que refiere a la realidad que se vive dentro del sistema, que la vive él en carne propia. Creo que también es parte de lo que queremos defender y de lo que estamos tratando de llevar adelante, justamente.

No puede ser que si el doctor Katz el día de mañana tiene una gripe, el sistema penitenciario queda sin psiquiatra, porque es el único. Esto, dolorosamente, es una realidad, y es institucional.

Por ejemplo, hablamos de que se aprueban leyes y luego no se votan presupuesto para dichas leyes. Coincido totalmente. Pasaron años desde que esa ley se aprobó y muchas administraciones y rendiciones de cuentas en las que el presupuesto tendría que haber aparecido. Ninguno de nosotros -me hago también cargo- pusimos el votito y la plata para solucionar realmente eso, para que esté el presupuesto completo que necesita ASSE para cubrir el sistema penitenciario. Eso no se destinó nunca, y la ley ya está, y las rendiciones de cuentas pasaron. Entonces, ¿se podría haber corregido? Sí. Capaz que es inviable el presupuesto que se necesita. Bueno, en ese caso, modifiquemos la ley. Si no, estamos cometiendo una irregularidad.

Ahora, llamados de $ 324.000 nominales para cuarenta y ocho horas semanales, ¡claro que es un sueldo! Y creo que un profesional lo amerita también porque para eso dedicó e invirtió en su vida y su carrera. Que no se anoten, habiendo presupuestos ya y cotizaciones establecidas para eso, duele como sociedad. No lo digo como legislador, sino como una persona de la sociedad, sabiendo que tenemos profesionales que se recibieron en la Udelar, de la Universidad de la República, que no practican con un problema que tiene el país también. Son servidores de la salud y no es gratuito, hay buenas remuneraciones. Creo que también por la moral o la ética, no se qué impronta ponerle, nos duele como sociedad que profesionales recibidos en nuestra Universidad de la República no brinden esa parte del servicio también a otra parte de la sociedad que lo necesita.

En cuanto al tema de los ciento veinte días, coincido totalmente, pero buscamos algo que se acoplara a lo que normalmente existe dentro de la parte que conocemos del sistema penitenciario. Lo de los ciento veinte días es para los que tienen penas con agravantes, no para los que tienen una medida alternativa, apenas juzgado. Para el que tiene la medida alternativa la idea también es que, en vez de ir privado de libertad, ponga la voluntad para ir a una rehabilitación, que sea ese caramelito para no ir preso. Esa persona tiene que ir siendo evaluada y si no cumple, va a terminar de cumplir la condena dentro del penal. Esa es una de las cosas.

Lo de esperar ciento veinte días es para el privado de libertad que no puede salir a esa medida alternativa, que primero demuestre la buena conducta, que es lo que se hace con la parte de trabajar y demás, que no es en base a la consulta que hacen con psiquiatra, sino que es lo que hace el director de cárcel dentro del sistema penitenciario, para ver cómo comparten un espacio con otro, quién le da una herramienta o no y demás, que es con lo que se convive a diario. Es buscando ese lado del espíritu.

Más que agradecido con el doctor Katz y con toda la delegación de ASSE.

SEÑOR KATZ (Eduardo).- Quería aclarar dos cositas.

La primera es que de pronto usted tendría que ver cómo transcurren esos ciento veinte días, con todo respeto, para poder apreciar que realmente no hay forma de que la persona demuestre buena o mala conducta si está encerrada, a no ser que se lastime o se autoinflija heridas, cosa que también pasa; no hay forma porque no sale. Hay personas que salen una hora por mes. Si con esto se puede evaluar la buena conducta, sinceramente no veo cómo. Este no es un tema mío, pero lo veo; es mío como sociedad.

Lo segundo es que coincido totalmente con lo que dice usted en cuanto a que los profesionales no tengan esa lógica que usted plantea, pero hay algo que desde ASSE, nosotros, como psiquiatras o como profesionales de la salud mental, no podemos hacer porque eso depende más de la academia. Muchas veces el conocimiento va de cabeza a cabeza, pero cuando nosotros estudiábamos, no era el conocimiento, eran las enseñanzas, y las enseñanzas iban de cabeza a cabeza, pero también de corazón a corazón, y la gente tenía como objeto principal el foco en el usuario. Hoy esto no se logra. Quiere decir que habría que tener una autocrítica de la academia, que tanto critica a los gestores, para ver por qué de ese semillero salen profesionales que tienen tan bajo compromiso con lo que es la comunidad, con lo que es la función pública, porque no lo tienen.

Por otro lado, quería dejar claro -lo dije varias veces, pero lo repito cada vez que me toca concurrir acá- que todas mis opiniones son estrictamente técnicas. Yo no opino políticamente, porque muchas veces se puede confundir y no es mi rol.

SEÑORA PRESIDENTA.- Gracias, doctor Katz y al equipo de Salud Mental de ASSE.

Por suerte, los aportes que ustedes hicieron van a ser insumos para la discusión.

Señor diputado Sodano, ¿quería hacer alguna precisión?

Estamos con peligro de quedarnos sin quórum y no quiero que dejemos de prestar atención al equipo de Salud Mental y capaz que hay algunas cosas que fuera de esto podemos seguir manejando.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).- Quería hacer una precisión.

Simplemente, lo que dije de los ciento veinte días no fue a modo personal, sino en base a consultas con personas del INR, el comisionado y demás. Era para dejar en claro eso.

Gracias, presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos a toda la delegación.

(Se retira de sala la delegación de la Dirección de Salud Mental de ASSE)

——Se levanta la reunión.

